Fieber während der Geburt

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Medizinischen Doktorwürde
an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

von

Max Singermann
aus Kosten (Posen).

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Tag der Promotion: 27. Juli 1916.

Berlin 1916
Druck von Paul Funk, Berlin SW. 48, Friedrichstr. 231

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Dekan: Geheimrat Professor **Dr. Heffter.**

Referent: Geheimrat Professor **Dr. Franz.**

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit zugeeignet.

Die Thermometrie am Krankenbett wurde allgemein eingeführt durch Traube, Zimmermann, und Wunderlich, die zuerst die regelmäßige Temperaturmessung Fieberkranker in ihrer ganzen diagnostischen und prognostischen Wichtigkeit erkannten. Im Allgemeinen hält sich die Körpertemperatur des lebenden Menschen unter gewöhnlichen und ungewöhnlichen Verhältnissen, im gesunden und im kranken Zustande innerhalb verhältnismäßig enger Grenzen. Wenn man von sehr seltenen Ausnahmen absieht, so kann man als untere Grenze 34° Celsius und als obere 42° Celsius annehmen. Als mittlere normale Temperatur betrachtet man gewöhnlich 37,2°—37,4° Celsius. Die Constanz der Körpertemperatur unter normalen Verhältnissen ist eine Folge der unter einander stets gleichbleibenden Wärmeproduktion und Wärmeabgabe. Jede einseitige Vermehrung der Wärmeproduktion ohne Zunahme der Wärmeabgabe hat eine Steigerung der Körpertemperatur zur Folge, und diese Temperaturerhöhung ist das hervorragendste Moment bei dem Symptomenkomplex, den wir mit der Bezeichnung „Fieber" zusammenfassen. Nach der jetzt allgemein herrschenden Ansicht wird Fieber stets bedingt durch gewisse toxische Stoffe, Bakteriengifte, oder auch Zerfallsprodukte von Bestandteilen des Organismus und deutet also immer darauf hin, daß pathologische Vorgänge im Körper spielen.

Nicht gar so selten beobachtete man bei dem an für sich physiologischen Vorgang der Geburt Temperaturerhöhungen. Das Fieber während der Geburt war schon häufig der Gegenstand eingehender Forschungen und Untersuchungen; über die Aetiologie dieses Fiebers ist viel gestritten worden, und

es herrschten verschiedene Ansichten darüber. Einige Autoren (Olshausen, Glöckner, Kaute, Winter) treten mit der Ansicht hervor, daß gewisse Temperatursteigerungen als etwas Physiologisches anzusehen seien, hervorgerufen durch erhöhte Muskelarbeit und Nerventätigkeit während der Geburt. Als charakteristisch für das „funktionelle Fieber", wie sie es nannten, sahen sie die im allgemeinen vorhandene Uebereinstimmung der Pulskurve mit der Temperaturkurve und das meist schnelle Abfallen der Temperatur nach der Entbindung an. Sie bezogen sich auf diejenigen Fälle, bei denen gewisse abnorme Widerstände, wie etwa ein enges Becken, eine besondere Arbeitsleistung vom Organismus verlangten. Sie zeigten, daß in diesen Fällen Wehen und Temperatur in einer derartigen Wechselbeziehung stehen, daß in der Regel mit dem Widerstande die Wärmeentwickelung andauernd und oft weit über die normale Grenze hinaus ansteigt, falls die Natur bestrebt ist, das Hindernis durch anhaltende vermehrte Arbeitsleistung zu überwinden. Damit wurde also die Temperaturerhöhung in diesen Fällen als nichts Pathologisches, sondern als etwas Physiologisches hingestellt.

Gegen diese Ansicht äußerten sich zuerst Ahlfeld und Krönig. Nachdem zunächst Ahlfeld an der Hand seiner Beobachtungen darauf hingewiesen hatte, daß das Fieber sich meist an eine Periode von Wehenschwäche anschließt und erst nach Beginn der Temperatursteigerung stärkere Wehen einsetzten, legte Krönig dar, daß schon vom theoretischen Standpunkte aus eine funktionelle Temperatursteigerung, d. h. eine durch die Wehenarbeit allein bedingte Erhöhung der Körpertemperatur unmöglich sei. „Zwischen den einzelnen Wehen," so führt er aus, „treten kürzere oder längere Wehenpausen ein, in welchen die Kreißende sich des aufgespeicherten Plus an Wärme entledigen kann. Außerdem dürfen wir nicht vergessen, daß die Wehenarbeit des Uterus und der Bauchpresse keine so ungeheure ist." Vor allem aber stützt sich Krönig auf seine bakteriologischen Untersuchungen. In den von ihm beobachteten Fällen mit Fieber während

der Geburt gelang es ihm größtenteils eine Infektion nachzuweisen. Als Infektionsmodus führt er die Impfung des Fruchtwassers mit septischen oder fäulniserregenden Keimen an. Er zeigte durch Versuche, daß das Fruchtwasser vermöge seiner leicht alkalischen Reaktion und chemischen Zusammensetzung wohl geeignet ist zur Vermehrung der verimpften Keime. „Die Bakterien bilden," so setzt er weiter auseinander, „im Fruchtwasser selbst aus den Eiweisstoffen Zersetzungsprodukte, welche ihrerseits durch Osmose bei der großen Resorptionsfähigkeit der schwangeren Vaginal- und Cervixschleimhaut reichlich in den Organismus eindringen können. Wir dürfen also nicht von einer Infektion, sondern nur von einer Intoxikation mit septischen oder Fäulnisprodukten reden."

Auch in neuerer Zeit sind mehrfach bakteriologische Untersuchungen zur Erforschung der Aetiologie des Fiebers während der Geburt angestellt worden. Warnekros fand bei den von ihm beobachteten Fieberanfällen einen positiven Blutbefund vor Beendigung der Geburt bei noch erhaltenem Plazentakreislauf, und zwar entsprachen die im Blut gefundenen Bakterien vollständig den aus dem Uteruslumen gezüchteten. Ferner beobachtete er bei allen Fällen nach der Entbindung eine mehr oder minder rasche Entfieberung und nach der Unterbrechung des Plazentakreislaufes und der dadurch bedingten Ausschaltung des Uterus-Inhaltes vom Körperkreislauf einen negativen Butbefund.

Aus den „Bakteriologischen Untersuchungen bei Fieber während der Geburt" von E. Sachs geht zunächst die überragende Bedeutung der hämolytischen Streptokoken hervor. Sie können sub partu zum Fieber führen, gleichviel ob sie in Reinkultur vorhanden sind oder nicht, und das Fieber tritt oft schon in verhältnismäßig kurzer Zeit ein, unabhängig davon, ob noch andere, die Infektion unterstützende Momente dazu kommen, oder nicht. Alle anderen Keime führen dagegen erst nach viel längerer Geburtsdauer zum Fieber, und es fehlen fast nie andere unterstützende Momente.

In der vorliegenden Arbeit habe ich mir die Aufgabe gestellt, die Fälle mit Fieber in der Geburt, die in der geburtshilflichen Klinik der Kgl. Charité vom Oktober 1910 bis April 1912 vorkamen, zusammenzustellen, um nachzuweisen, ob und inwieweit die das Fieber während der Geburt bedingenden Ursachen, wie räumliche Mißverhältnisse und vorzeitiger Blasensprung, den Verlauf der Geburt und des Wochenbettes ungünstig beeinflussen und die Prognose für Mutter und Kind trüben. Hierzu habe ich alle die Fälle benutzt, bei denen die Temperatur 38° und darüber betrug. In Betracht kamen auch nur Geburten am normalen Termin, resp. Frühgeburten vom 7. Monat an. Aborte wurden nicht berücksichtigt. Zur besseren Uebersicht habe ich am Schlusse meiner Arbeit das ganze Material in systematischen Tabellen zusamengestellt.

Unter den 4629 Geburten hatten 202 Fieber während der Geburt. Hiervon waren 11 Fälle mit Eklampsie verbunden, und diese Fieberfälle möchte ich hier vorwegnehmen, da als Grund für das Fieber die Eklampsie anzusehen ist. Wir können die Temperatursteigerung wie auch die manchmal auftretende Erniedrigung der Temperatur als eine direkte Einwirkung des eklampischen Giftes auf die wärmeregulierenden Zentren des Gehirns auffassen.

Die übrigbleibenden 191 Fälle lassen sich in zwei Hauptgruppen einteilen:

1. diejenigen Fälle, bei denen das Fieber durch eine extragenitale fieberhafte Erkrankung bedingt war, und

2. diejenigen Fälle, bei denen eine von den Genitalien ausgehende Infektion das Fieber verursacht hatte.

In die Gruppe der Fälle von Fieber während der Geburt auf Grund extragenitaler fieberhafter Erkrankung müssen aus meinem Material 14 Fälle eingereiht werden. Sie verteilen sich folgendermaßen:

4 Fälle bedingt durch Tbc. pulmonum
4 „ „ „ Bronchopneumonie
2 „ „ „ Bronchitis
3 „ „ „ Cystopyelitis
1 Fall bedingt durch Arthritis rheumatica acut.

S. 14 Fälle.

Es bleiben also für die Gruppe derjenigen Fälle, bei denen eine vom Genitalkanal ausgehende Infektion sich nachweisen ließ oder angenommen werden mußte, 177 Fälle übrig, und auf diese möchte ich im Folgenden näher eingehen.

Zunächst will ich vorausschicken, daß hierunter: 11 Frühgeburten im 7. Monat, 8 Frühgeburten im 8. Monat und 1 Frühgeburt im 9. Monat waren.

Fünfmal handelte es sich um Zwillingsgeburten, also etwa in 3 Prozent. Spontan verliefen 117 Geburten, eine operative Beendigung verlangten 60 Geburten.

Ausgehend von der Annahme, daß jedes Fieber in der Geburt, vorausgesetzt, daß sich im Körper der Kreißenden eine andere Ursache nicht finden läßt, ein von der Uterushöhle ausgehendes Resorptions- bezw. Infektionsfieber ist, lasse ich jetzt den ätiologischen Momenten für das Zustandekommen dieser Anomalie eine besondere Berücksichtigung zuteil werden. Eine Hauptrolle als derartige Momente spielen besonders:

1. erste Geburt im Gegensatz zu späteren,
2. räumliche Mißverhältnisse (enges Becken, rigide Weichteile),
3. fehlerhafte Lage des Kindes,
4. lange Dauer der Geburt,
5. vorzeitiger Blasensprung.

Dazu kommen zuweilen unterstützend häufige innere Untersuchungen, ungenügende aseptische und antiseptische Kautelen bei der inneren Untersuchung, mangelhafte oder

fehlende Reinlichkeit der Gebärenden, ihres Lagers und ihrer Umgebung. Diese hier angeführten unterstützenden Momente kommen jedoch, das möchte ich betonen, für den Klinikbetrieb nicht in Betracht.

Um mit dem ersten Punkte zu beginnen, so kann ich in Uebereinstimmung mit anderen Beobachtern das auffallende Ueberwiegen der Erstgebärenden unter den Fiebernden konstatieren. Es waren:

107 Erstgebärende = 60,5 Prozent
und 70 Mehrgebärende = 39 Prozent.

Zunächst möchte ich hier darauf hinweisen, daß dieses Resultat durchaus noch nicht den Schluß rechtfertigt, daß im Gegensatz zu den Mehrgebärenden ganz besonders häufig die Erstgebärenden während der Geburt fiebern. Man muß nämlich berücksichtigen, daß bei dem hier in Frage kommenden Material aus der Königl. Charité die Erstgebärenden im allgemeinen überwiegen, ein Umstand, der in den bisherigen Statistiken über Fieber intra partum leider wenig Berücksichtigung fand. Unter meinen 4629 Geburten waren 2725, also 59 Prozent Erstgebärende. Das übersteigt bedeutend den Prozentsatz, nach welchem v. Winckel die Geburtskomplikationen auf ihre relative Häufigkeit bei Erst- und Mehrgebärenden geprüft haben will. Er gibt in seinem Handbuche an, daß im allgemeinen 28,55 Primiparae und 71,45 Multiparae auf 100 Gebärende zu rechnen sind. Der gewaltige Unterschied, der sich in seiner Statistik zwischen erst- und mehrgebärenden Fiebernden herausstellt, fällt also bei Berücksichtigung des eben Gesagten nicht gar so schwer ins Gewicht zu ungunsten der Erstgebärenden. Jedoch muß zugegeben werden, daß in mancher Hinsicht die Erstgebärenden in Bezug auf die Entstehung des Fiebers intra partum mehr gefährdet sind als die Mehrgebärenden und deswegen bei Primiparen Fieber während der Geburt vielleicht eine etwas häufigere Erscheinung ist, als bei Multiparen. Denn bei Primiparen findet häufiger eine Kontinuitätstrennung und

Quetschung der mütterlichen Gewebe statt, die die Infektion begünstigen, oder auch die Geburtsdauer ist bei Erstgebärenden gewöhnlich eine viel längere als bei Mehrgebärenden, und die Primiparen sind somit der Infektion eher ausgesetzt. Während Glöckner bei seinem Material einen hohen Prozentsatz alter Erstgebärender gefunden hatte, nämlich 32,1 Prozent, hatten von den hier angeführten 107 Erstgebärenden nur 13 das dreißigste Lebensjahr erreicht, oder überschritten, also nur etwa 12,1 Prozent.

Die übrigen 70 Geburten verteilen sich unter die Mehrgebärenden auf:

24	II parae,	2	VIII parae
17	III „	1	IX „
10	IV „	1	X „
5	VI „	3	XI „
5	VII „	1	XII „
		1	XV „
Sa: 61	+	9 = 70	Geburten.

Aehnliche Momente wie bei Erstgebärenden spielen mit bei der Erklärung, warum eine relativ große Anzahl von Kreißenden mit engen Becken unter die fiebernden Fälle fallen. Damit komme ich zur Besprechung des zweiten Punktes: Räumliche Mißverhältnisse.

Unter meinen 177 Kreißenden wurde 23mal, also in etwa 13 Prozent enges bezw. plattes Becken festgestellt. Bei Glöckner hatten 29,8 Prozent aller Fälle ein verengtes Becken, bei Ahlfeld sogar 72,5 Prozent, während Schur nur 8,6 Prozent fand.

Abgesehen von der durchschnittlich längeren Dauer der Geburt bei engem Becken — ich betrachte zu dieser Gruppe gehörig alle Becken mit einer Conjugato vera unter 9 cm — spielt das enge Becken wohl hauptsächlich deswegen eine Rolle als ätiologisches Moment, für das Fieber in der Geburt, weil es sich in der Mehrzahl dabei um vorzeitigen Blasensprung handelt. In 16 von meinen 23 Fällen war die Blase 6—126 Stunden vor der Geburt gesprungen.

Von mehreren Seiten wurden auch die beim engen Becken häufig vorkommenden Quetschungen der Weichteile zur Erklärung des Fiebers während der Geburt herangezogen, und es muß zugegeben werden, daß auch diesem begünstigenden Moment eine große Bedeutung beizumessen ist.

Auch für die bei den Fieberfällen häufig zu beobachtenden fehlerhaften Lagen, die ich als dritten Punkt unter den ätiologischen Momenten aufgeführt habe, kann man eine ähnliche Erklärung wie für das enge Becken heranziehen. Bei normaler Kindeslage und normaler Beckenform füllt nach dem Blasensprung der vorliegende Teil sofort den freigewordenen unteren Gebärmutterpol aus, und ein Eindringen von Mikroorganismen in die Gebärmutterhöhle wird dadurch wesentlich erschwert. Anders ist es bei engem Becken, und bei fehlerhaften Lagen, z. B. Querlagen, wo nach dem Blasensprung die weit geöffnete Cervix schlaff herabhängt und der untere Gebärmutterabschnitt nicht immer den vorliegenden Teil fest umgibt. Sowohl gelegentlich der Untersuchungen, bei denen der Finger mit Leichtigkeit hoch in den schlaffen Sack der Cervix und eventuell des unteren Gebärmutterabschnittes eindringen kann, als auch spontan können unter solchen Umständen Mikroorganismen leichter in die Uterushöhle eindringen, die Wundflächen der Schleimhaut erreichen, den Einhalt infizieren.

Unter meinen 177 Fällen fand ich 48 fehlerhafte Lagen, also in 27,1 Prozent, und zwar handelte es sich

bei	17	um Steißlage
„	2	„ Stirnlage
„	8	„ Querlage
„	3	„ Fußlage
„	2	„ Gesichtslage
„	1	„ Vorderhauptslage
„	9	„ tiefen Querstand
„	6	„ hintere Hinterhauptslage
Summe:	48	= 27,1 Prozent.

Bei diesen Geburten war, abgesehen von 12 Fällen, die Blase viele Stunden, zum Teil sogar mehrere Tage vor der Geburt gesprungen. In 2 Fällen handelte es sich um placenta praevia.

Ich komme jetzt zur Besprechung des vierten Punktes, der langen Geburtsdauer und ihrer Bedeutung für die Entstehung des Fiebers in der Geburt. Schon bei der Besprechung über die Erstgebärenden habe ich als Erklärung für das Fieber intra partum unter anderem auch die lange Dauer der Geburt angeführt. Aber nicht nur für die Erstgebärenden sondern auch für die Mehrgebärenden trifft dies zu. In folgender Tabelle will ich die diesbezüglichen Ergebnisse aus meinem Material hier zusammenstellen:

Geburtsdauer:	Primipara:		Multipara:	
Bis 20 Stunden:	55		35	
von 20- 30 Std.	14		9	
„ 30- 40 „	12		4	
„ 40- 50 „	6	49=45,8 %	7	30=42,8 %
„ 50- 60 „	6		1	
„ 60- 80 „	4		4	
„ 80-100 „	3		2	
Ueber 100 „	4		3	
Unbestimmt	3		5	
		79=44,7 %		
	107		70	
		177		

Diese Tabelle zeigt also, daß in 44,7 Prozent aller Fälle die Geburt mehr als 20 Stunden und in 15,3 Prozent sogar mehr als 50 Stunden bis über mehrere Tage gedauert hat. Ahlfeld fand in 85,5 Prozent der Fiebernden die Geburtsdauer mindestens 24 Stunden dauernd, und Glöckner berechnete eine Geburtsdauer von über 20 Stunden in 58,3 Prozent. Unter meinen Erstgebärenden allein hatten 45,8 Prozent eine Geburtsdauer von mehr als 20 Stunden und unter den Mehrgebärenden allein 42,8 Prozent. Schur fand einen hohen Prozentsatz von Mehrgebärenden mit einer Geburtsdauer von

mehr als 20 Stunden, nämlich 60,4 Prozent. Nach Glöckners Berechnungen findet sich bei Erstgebärenden häufiger eine lange Geburtsdauer, als bei Mehrgebärenden, und dies bestätigt auch meine Tabelle.

Während in einzelnen Fällen mit sehr langer Eröffnungsperiode bei stehender Blase die Temperatur normal blieb, trat in den meisten Fällen von langer Geburtsdauer 1 bis mehrere Stunden nach dem Blasensprung Fieber auf. Wir sehen also, daß auch die lange Geburtsdauer als ätiologisches Moment für Fieber intra partum in Zusammenhang steht mit dem vorzeitigen Blasensprung. Ebenso wie hier mußte ich auch in den vorangegangenen Ausführungen alle anderen ätiologischen Momente in ursächlichen Zusammenhang bringen mit dem Blasensprung. Hieraus geht also schon hervor, daß dem vorzeitigen Blasensprung die größte Bedeutung für die Begünstigung der Entstehung des Fiebers intra partum zukommt. Einzelne Autoren haben sich bemüht nachzuweisen, daß der frühzeitige Blasensprung allein keinen schlechten Einfluß auf den Verlauf der Geburt und des Wochenbettes hat. In der neueren Literatur ist es besonders van der Hoeven, der in seiner Arbeit: „Die Bedeutung des Blasensprungs bei der Geburt" sich auf den Standpunkt stellt, daß bisher die Bedeutung der bis zur völligen Eröffnung erhaltenen Eihäute überschätzt worden ist, und daß der frühzeitige Blasensprung gewöhnlich keinen Nachteil sondern zuweilen noch Vorteile bieten kann. Er führt unter anderem aus: „Der Partus dauert lange, nicht weil die Eihäute frühzeitig springen, sondern die Eihäute springen frühzeitig, weil das ostium schwer dehnbar ist, und dadurch dauert der Partus lange. Man hat hier Ursache und Wirkung verwechselt. Springen die Eihäute frühzeitig, so dauert der Partus im ganzen oft lange. Das weiß jedermann. Was man nun hierbei am leichtesten wahrnahm, das frühzeitige Springen der Eihäute, hat man so ohne weiteres als Ursache der Erscheinung angenommen." Er kommt dann auch auf die Temperaturerhöhung während der Geburt als Folge des frühzeitigen Blasensprunges zu sprechen und

gibt zu, daß hierbei ein einigermaßen nachteiliger Einfluß sich zeigt, wenn die Eihäute vor oder ganz zu Anfang der Geburt gesprungen sind. Er behauptet aber, daß, sobald der Muttermundsdurchmesser 4 cm beträgt, der Blasensprung keinen erheblich schlechten Einfluß mehr auf den Verlauf der Geburt und des Wochenbettes hat und sucht dies an der Hand seiner Fälle nachzuweisen.

Wir sehen also, daß die Ansichten über die Bedeutung des frühzeitigen Blasensprunges für den Verlauf der Geburt noch sehr auseinandergehen.

Ich gehe jetzt dazu über, den Einfluß des frühzeitigen Blasensprunges bei meinem Material zu betrachten und komme damit zur Besprechung des fünften Punktes in meiner Einteilung. Auch hierbei will ich die Ergebnisse aus meinem Material zunächst kurz in folgender Tabelle zusammenstellen:

Blasensprung:

Bis 5 Stunden vor der Geburt	61 Fälle		
von 5-15 „	34 „		
„ 15-30 „	20 „		
„ 30-50 „	23 „		
„ 50-80 „	14 „	67=41,3 %	
„ 80-100 „	3 „		
Über 100 „	7 „		
Unbestimmt	15 „		
	177 Fälle		

In 67 Fällen, also in 41,3 Prozent, wenn ich die ungewissen Fälle außer acht lasse, war der Blasensprung 15 Stunden bis mehrere Tage vor der Geburt erfolgt. Abgesehen von nur 12 Fällen etwa war mit dem vorzeitigen Blasensprung eine lange Geburtsdauer verbunden. Schur fand in 53,1 Prozent vorzeitigen Blasensprung und Glöckner sogar in 63,5 Prozent.

Da man als feststehend annimmt, daß das Fieber während der Geburt, falls es nicht durch eine extragenitale Erkran-

kung bedingt ist, infolge von Resorption giftiger Stoffwechselprodukte von Bakterien entsteht, und da nachgewiesen ist, daß das Fruchtwasser einen günstigen Nährboden für verschiedene Arten von Bakterien bildet, so muß man zu der Ansicht kommen, daß das Fieber mit Vorliebe erst nach dem Blasensprung eintritt. Denn nach dem Blasensprung wird die Infektion des Fruchtwassers insofern begünstigt, als mehr Gelegenheit zum Eindringen der Bakterien geboten ist.

Aber es ist durchaus nicht immer notwendig, daß dem Auftreten des Fiebers der Blasensprung vorangeht. Gar nicht so selten kommt es auch vor, daß das Fieber bei stehender Blase auftritt. Unter meinen 177 Fällen konnte ich 11mal Fieber bei stehender Blase feststellen. Hiervon waren 3 Fälle mit Placenta praevia verbunden und finden in dieser Verbindung auch wohl ihre Erklärung. Denn die Annahme liegt nahe, daß hier das Blut das zersetzungsfähige Material liefert und die Placentarstelle selbst eine sehr gute Resorptionsfläche darbietet.

Die übrigen 8 Fälle, die ein größeres Interesse beanspruchen, will ich hier anführen.

Fall I: September 1910 Frau M., 23 J., I. Par. Eingeliefert am 4. September 1910 vormittags mit einer Temperatur von 39,6°. Blase steht noch. Mutterm. für 1 Finger durchgängig, Kopf fest im Becken-Eingang. Am 4. September 1910 6 Uhr nachmittag Wehenbeginn und gleichzeitig auch Blasensprung. 4. September 1910, 9,35 Uhr nachmittag Spontangeburt eines weiblichen Kindes in II hinter H. L. Temperatur 40 Grad, Puls 96. Kleiner Scheidenriß. Kind lebt. Placenta folgt nach 20 Minuten. Wochenbett: Temperatur schwankt bis zum 7. September zwischen 39 und 40 Grad. Vom 8. September ab Temperatur normal.

Fall II: Mai 1911. Frau S., 41 J., I Par. Eingeliefert am 30. April 1911. Seit dem 26. April 1911 bestehen Blutungen. Am 27. April 1911 Schüttelfrost. Seit dem 28. April 1911

ständiges Fieber. Temperatur 39,5, Blase steht. Wehenbeginn am 29. April 1911 9 Uhr nachmittag. Blasensprung 1. Mai 1911, 3,10 Uhr vormittag. Geburt 1. Mai 1911, 4,50 Uhr vormittag in Steißlage, Anfangs spontan, dann wegen Wehenschwäche Extraktion. Nachgeburt nach Crédé, Kind acht Monate alt, lebt. Am 2. Mai gestorben. Wochenbett: 2. Mai 1911 Schwellung und Rötung der Grundgelenke des linken Mittelfingers, sowie des rechten Mittel- und kleinen Fingers, Druckempfindlichkeit der Innenseite des rechten Kniegelenkes. Diagnose: Sepsis. 3. Mai 1911 Patientin redet etwas wirr. Sonst: Befund wie oben. Temperatur 39,3 Grad. 4. Mai 1911. Starke Schwellung des 2., 3., 4. und 5. Fingers. Leib aufgetrieben. 5. Mai. Schmieriger Ausfluß. Patientin ist stark benommen, deliriert. Nachmittag: Exitus letalis.

Fall III: September 1911, Frau H., 20 J., III Par. Aufnahmebefund 1. September 1911 vormittags. Portio erhalten. Mutterm. für 1 Finger durchgängig. Kopf fest. Blase steht. Temperatur 36,8 Grad, Puls 85, Wehenbeginn am 1. September 4 Uhr a. m. Am 1. September 11 Uhr vorm. Portio fast verstrichen. Mm. 5 MStück groß, Kopf fest, Blase steht. 1. September. 5,40 Uhr p. m. Temperatur 38,3, Blase wird daraufhin künstlich gesprengt. Am 1. September. 6 Uhr p. m.: In Chloroform Narkose Anlegen einer Beckenausgangszange im queren Durchmesser. Extraktion leicht. Temperatur 38,3 Grad, Puls 85. Placenta spontan nach 30 Minuten. 1 Spr. Secacornin. Temperatur am Tage nach der Geburt 37 Grad. Wochenbett normal.

Fall IV.: Oktober 1911. Frau P., 20 J., II Par. Seit 15. Oktober 1911 hat Patientin Blutungen mäßigen Grades. Am 16. Oktober 1911 Wehenbeginn. Am 18. Oktober 1911 vormittag Mm. 3 M. Stück groß. Kopf noch leicht beweglich. Blase steht. Temperatur 38,2 Grad. Am 18. Oktober 1911 5,20 p. m.: Die in der Vulva erscheinende Blase wird gesprengt. Es fließt blutig gefärbtes Fruchtwasser ab. 18. Oktober 1911 5,35 h. p. m. Spontangeburt eines weib-

lichen Kindes in I. hinterer H. L. Temperatur 38,3°, Puls 123, Kind lebt. Plaoenta folgt nach 25 Minuten. Wochenbett: Temperatur fiel am Tage nach der Geburt auf 36,5 herab und blieb normal.

Fall V.: November 1911. Frau V., 25 J., I Par. Patientin blutet seit 8 Tagen. Wehenbeginn 24. November 1911. Eingeliefert am 25. November 1911 vormittag mit einer Temperatur von 39 Grad. Puls 90. Blase steht hoch. Am 25. November 1911, 8,45 h. p. m.: Blasensprung. Am 25. November 1911 8,50 h. p. m.: Ohne Desinfektion Spontangeburt in I. Schädellage. Temperatur 39 Grad, Puls 93, Kind lebt. Placenta folgt nach 20 Minuten. 2 Spr. Secacornin. Temperatur ging in der darauf folgenden Nacht auf 37 Grad zurück. Wochenbett normal.

Fall VI. Dezember 1912. Frau K., 34 J., I Par. In der letzten Zeit der Gravidität Schmerzen in der linken Brustseite. 22. Dezember 1912 8 h. p. m. Wehenbeginn. Eingeliefert am 26. Dezember vormittag mit einer Temperatur von 38,3 Grad, Puls 100. Blase steht noch. Kurz nach der Aufnahme Blasensprung und 5 Minuten später Spontangeburt eines lebenden weiblichen Kindes. Temperatur 38,3 Grad, Puls 100. Nach einer halben Stunde folgt Placenta spontan. Wochenbett: 27 Dezember Temperatur 38 Grad. Lochien stinkend. 31. Dezember Temperatur 37,5 Grad. Reichlicher Ausfluß. 5. Januar 1913 gesund entlassen.

Fall VII.: Februar 1912. Frau P., 27 J., IV Par. In der Nacht vom 2 zum 3. Februar 1912 plötzlicher Temperaturanstieg, krampfartige Anfälle, Schüttelfrost. Am 3. Februar nachmittag Blutung, vorübergehend! Darauf Wehen. Befund bei der Aufnahme am 3. Februar abends: Portio erhalten. Mutterm. für 1 Finger durchgängig. Kopf beweglich, Blase steht. Temperatur 38,5, Puls 103. Am 4. Februar 11,55 h. a. m.: Blasensprung. 4. Februar 12,45 p. m.: Spontangeburt in Steißlage. Temperatur 39,5, Puls 118. Kind im VII. Monat, lebt, kommt in den Brutschrank. Pla-

centa sofort spontan. Wochenbett: 5. Februar. Temperatur vorm. 36,5 Grad, nachmittag 39,7 Grad. Am 6. Februar. Im Lochialsekret mikrosokpisch Stäbchen, Koken und vereinzelte kurze Ketten. Temperatur vormittag 38,5 Grad, nachmittag 39,5 Grad. 7. Februar nachmittag Temperatur 39 Grad. Am 8. Februar Temperatur 38 Grad. Patientin klagt über Schmerzen in der rechten Seite und gibt an, deswegen schon früher behandelt worden zu sein. Cystoskop: Blaseninhalt mit Schleim bedeckt. Ureterenmündungen zeigen keine Veränderungen. Beide Ureteren funktionieren. 15. Februar Urin trübe. Blasenspülung. Temperatur 37,8 Grad. Am 17. Februar gegen ärztlichen Rat entlassen.

Fall VIII.: Februar 1912. Frau H., 22 J., I. Par. Aufnahmebefund am 6. Februar 1912: Portio verstrichen. Muttermund 50 Pf. Stück groß, Kopf fest. Blase steht. Temperatur 36,8 Grad, Puls 80. 7. Februar 1912 7,30 h. a. m.: Temperaturanstieg auf 38,3 Grad. 7. Februar 9,15 h. a. m.: Pfeilnaht quer. Kl. Fontanelle rechts, Kopf auf dem Beckenboden, Lagerung auf die rechte Seite. Blase steht. Temperatur 38,3 Grad. 7. Februar 1912 1,10 h. p. m. Pituglandol; darauf sofort gute Wehen. Temperatur 38,3 Grad. 7. Februar 3,15 p. m. Blase erscheint in der Vulva und wird gesprengt. 7. Februar 3,30 h. p. m. Spontangeburt in I. H. L. Temper. 37 Grad, Puls 95, Kind lebt. 7. Februar 4,00 h. p. m. folgt Placenta spontan. Wochenbett normal.

Von den hier angeführten acht Fällen weisen, was zunächst ins Auge fällt, 4 eine gemeinsame Erscheinung auf. Es traten nämlich bei Fall II., IV., V. und VII. 1—3 Tage vor der Geburt Blutungen auf, die mehr oder minder stark sich bis zur Geburt fortsetzten. Diese Blutungen können entweder auf einer vorzeitigen Lösung der tief sitzenden oder der normalsitzenden Plazenta beruhen. Durch das durchdringende Blut findet eine weitgehende Lösung der Eihäute von der Uteruswand statt, und die Verhältnisse liegen hier ähnlich wei bei Placenta praevia.

Im übrigen will ich bei der Besprechung der Frage, wie die Infektion in den Fällen bei noch stehender Blase zustande kommt, mich darauf beschränken, hier nur die Ansichten einzelner Autoren darüber kurz anzuführen.

Man hat sich diese Fälle von Fieber bei stehender Blase in verschiedener Weise zu erklären versucht, Krönig z. B. wies nach, daß ein Durchwandern von Mikroorganismen durch die intakten Eihäute stattfinden und auf diese Weise eine Infektion des Fruchtwassers zu stande kommen kann. Andere Autoren wiederum behaupten, daß in der Scheide, im Cervikalkanal bezw. dem unteren Uterinsegment der Kreißenden genügend Flüssigkeiten vorhanden sind, die ein Wachsen und Vermehren inkorporierter Bakterien gestatten, und daß eine Resorption stattfinden kann durch kleine Einrisse am Muttermund, die teils spontan, teils beim Touchieren entstanden sein können. Schließlich ist auch noch der hohe Blasensprung häufig zur Erklärung des Fiebers bei stehender Blase herangezogen worden.

Was die Prognose des Fiebers während der Geburt anbetrifft, so herrschen in der Literatur verschiedene Ansichten darüber. Während Krönig im allgemeinen für die Fälle mit Fieber intra partum eine ungünstige Prognose stellt, kommt Winter und auch Schur auf Grund ihrer Erfahrungen zu dem Schluß, daß das Fieber intra partum nur selten eine schwere Infektion bedeutet und mithin eine verhältnismäßig günstige Prognose gibt. Diese Ansicht ist jetzt fast allgemein verbreitet.

Mehrere Autoren haben auch versucht, aus dem klinischen Verlauf und den Zeichen der Infektion intra partum bezw. des Fiebers während der Geburt eine Prognose für das Wochenbett zu stellen. E. Sachs kommt auf Grund seiner bakteriologischen Untersuchungen zu dem Schluß, daß die Anwesenheit hämolytischer Streptokoken intra partum eine fast dreimal so große Wochenbettsmorbidität bedingt, wie das Fehlen dieser Keime. Grade die schwersten Wochenbetterkrankungen nach Fieber intra partum waren durch hämo-

lytische Streptokoken bedingt. Bei den schweren Wochenbetterkrankungen, die durch andere Keime bedingt waren, konnte er fast immer noch eine besondere Ursache für die Schwere der Infektion nachweisen, die oft hätte vermieden werden können. (Tamponaden, Verletzungen, usw.) Im übrigen gibt aber Sachs selbst zu, daß die bakteriologische Beurteilung eines konkreten Fieberfalles sub partu praktische Bedeutung wohl selbst in den Kliniken nicht erlangen könne, schon der langen Zeit wegen, die zum Wachsen der Kultur erforderlich ist.

In der neueren Literatur werden im allgemeinen folgende Ansichten in dieser Frage vertreten: Die Intensität der bestehenden Infektion intra partum, d. h. Höhe des Fiebers und des Pulses, stinkender Ausfluß, Tympanie usw. gestattet nur bis zu einem gewissen Grade Schlüsse für die Wochenbettprognose. Schwere Erkrankungen können auf jeden Fall von Fieber während der Geburt im Verlaufe des Wochenbettes folgen. Sicher ist, daß Geburtsfälle mit stinkender Zersetzung des Uterusinhalts eine größere Morbidität und Mortalität aufweisen, als Fälle, bei denen diese fehlt. Die größte Morbidität und Mortalität aber weisen Fälle mit Tympania uteri auf.

Weder aus der Dauer der Infektion noch aus der Zeitdauer, die seit dem Blasensprung vergangen ist, lassen sich bestimmte Anhaltspunkte für die Prognose des Wochenbettes gewinnen. Der Unterschied in der Morbidität im Wochenbett zwischen Erst- und Mehrgebärenden fällt nicht so sehr zu Ungunsten der Erstgebärenden aus, als zu erwarten wäre nach der überwiegenden Häufigkeit des Auftretens von Fieber intra partum und der leichten Verletzlichkeit der Gewebe bei Erstgebärenden.

Ich gehe jetzt dazu über, einen allgemeinen Ueberblick über den Verlauf des Wochenbettes bei meinen 177 Fällen von Fieber während der Geburt zu geben. In folgender Tabelle sind die diesbezüglichen Ergebnisse aus meinem Material kurz zusammengefaßt.

Summa	Vollkommen fieberfrei	1 oder 2 Tage Fieber	Langdauerndes Fieber	Exitus
117 spontane Geburten . .	74	24	19	0
60 operative Geburten . .	26	11	20	3
			23=38,4 %	
177=100 %	100 = 56,5 %	35 = 19,8 %	42=23,7 %	

Aus dieser Tabelle ist zu ersehen, daß in 56,5 Prozent meiner Fälle das Wochenbett fieberfrei und in 19,8 Prozent leicht fieberfrei war. Dieses Ergebnis bestätigt z. T. die von Glöckner und Schur veröffentlichten Resultate. In Glöckners Statistik sind 55 Prozent mit fieberfreiem und 15,6 Prozent mit leicht fieberhaftem, in Schurs Statistik 50 Prozent mit vollkommen fieberfreiem und 19 Prozent mit leicht fieberhaftem Wochenbett verzeichnet. Ahlfeld berichtet, daß 35 Prozent von seinen 62 Geburten mit Fieber intra partum ein normales und 29 Prozent ein fast normales Wochenbett hatten. Wie aus meiner Tabelle weiter hervorgeht, machten 42, d. i. 23,7 Prozent ein schwer fieberhaftes Wochenbett durch. Einen noch geringeren Prozentsatz mit schwer fieberhaftem Wochenbett fand Glöckner, nämlich nur 22,72 Prozent, während Schur von 31 Prozent und Ahlfeld sogar von 35,5 Prozent berichtet.

Bei meinem Resultat ist noch zu bemerken, daß von den 117 spontanen Geburten nur 19 = 16,2 Prozent waren, bei denen ein länger andauerndes Fieber im Wochenbett beobachtet wurde, während von den 60 operativen Geburten 23 = 38,4 Prozent zu dieser Gruppe gehören. Es ist also in meiner Statistik bei den Spotangeburten das Wochenbett ver-

hältnismäßig viel günstiger verlaufen, als bei den operativ beendigten Geburten.

Im folgenden will ich nun auf die in Anwendung gekommenen Operationen und ihren Einfluß auf den Wochenbettsverlauf etwas näher eingehen und zwar zunächst wieder meine Ergebnisse in einer Tabelle kurz zusammensassen.

	Vollkommen fieberfrei	1—2 Tage Fieber	Langand. Fieber	Exitus	Summa
Forceps	1	0	1	0	2
Wendung und Extraktion .	3	1	1	0	5
Sectio caesarea	0	0	2	0	2
Decapitation	1	0	0	0	1
Perforation	5	2	5	0	12
Herabholen des Fußes . . .	1	2	1	1	5
Zange	12	3	9	0	24
Wendung und Extraktion mit vorausg. künstl. Erweiter. des Muttermundes . . .	2	0	0	0	2
Künstl. Erweit. des Mutterm.	0	2	0	1	3
Extraktion am Steiß . . .	1	1	1	1	4
	26 = 43,3 %	11 = 18,3 %	20 = 33,3 % / 3 = 5,1 % / 23 = 38,4 %		60 = 100 %

Wir ersehen aus dieser Tabelle, daß von den zwei mit Forceps entbundenen Fällen einer ein schwer fieberhaftes Wochenbett zur Folge hatte. Unter 5 Wendungen mit nachfolgender Extraktion verlief das Wochenbett dreimal fieberfrei. Nach sectio caesarea fieberten in beiden Fällen die Patientinnen im Wochenbett längere Zeit. Einmal wurde die Decapitation ausgeführt; danach war das Wochenbett fieberfrei. 12 Perforationen wurden gemacht, und davon hatten

5 ein schwer fieberhaftes Wochenbett in der Folge. 5 mal war Herabholen des Fußes notwendig und hiernach war nur einmal das Wochenbett fieberfrei. Von den anderen vier hier zugehörigen Fällen führte einer zum Exitus. Es handelte sich dabei um Placenta praevia. Dieser Todesfall verlief folgendermaßen:

I. März 1911. Frau W., 21 J. I. Par. Eingeliefert am 6. 11 mit der Angabe, daß Pat. seit 14 Tagen blute. Aufnahmebefund: Portio noch etwas erhalten. Mutterm. für 1 Finger durchg. Blase steht. Vorlieg. Teil beweglich. Placenta praevia. Am 6. III. 6. h. p. m. wird Ballon eingelegt. Wehen mäßig. Am 7. III. 10 h. a. m. kräftige Wehen. Temperat. 38,5. Puls 115. Ballon wird ausgestoßen. Steiß tritt nicht ein. Im eröffneten Muttermund ein Convulut von Nabelschlingen (Pulsation?). 1,45 h. p. m. Herunterholen des rechten Fußes, dabei erhebliche Blutung. Extraktion schwierig, desgleichen Armlösung. Kopf nach Veit Smellie. Geringe Nachblutung. Weil Crédé ohne Erfolg, manuelle Entfernung d. gelösten Plazenta. Alkoholspülung, kleiner linksseitiger Cervix-Riß. Damm bis an den Sphincter gerissen. Kind tot. Puls der Patientin nach der Operation sehr frequent, leidlich gefüllt. 7. III. 7 h. p. m. Puls plötzlich schlechter, fast nicht mehr fühlbar, Extremitäten warm, keine Dyspnoe, sodaß zunächst an Herzkollaps gedacht wird. Nach intraven. Strophantin Inject. und Kochsalzinfusion wird Puls besser. 7. III. 11. h. p. m. Erneuter Kollaps. Heftige Dyspnoe (innere Blutung?). Beim Eingehen mit der Hand kommt man in einen nicht bis zum äußersten Muttermund reichenden linksseitigen Cervix-Riß, der sich tief ins Parametrium erstreckt. Beim Versuch der Tamponade tritt Exitus ein. Sectionsbefund: Uterusruptur. Anämie aller Organe, Hypertrophie d. l. Ventrikels. Cervixriß. ca. 10 cm lange Uterusruptur von dem äußeren Muttermund nach links, der Riß reicht bis unter die peritoneale Bekleidung. An der hinteren Uteruswand lappenförmiger Placentarrest. Links hinten ein vom Cervix

uteri bis zur linken Niere reichendes extraperitoneales Haematom.

Weiter ersehen wir aus der obigen Tabelle, daß in 24 Fällen die Zange angelegt wurde, darunter waren drei hohe Zangen und 5 Beckenausgangszangen. Die Hälfte von den mit der Zange Entbundenen machte ein fieberfreies Wochenbett durch. Bei 2 Fällen von Wendung mit nachfolgender Extraktion mußte vorher der Muttermund künstlich erweitert werden; beide Fälle verliefen ohne Fieber im Wochenbett. Unter den 3 Fällen von künstlicher Erweiterung des Muttermundes mit nachfolgender spontaner Geburt ist ein Exitus zu verzeichnen.

II. Auch dieser zweite Todesfall war ein Fall von placenta praevia. Es handelte sich um eine 23jährige Patientin, I. Par. Aufnahmebefund am 20. XI. 11: Portio erhalten, Blase steht, keine Blutung. Auß. Mutterm. geschlossen, Kopf leicht beweglich, Temperat. 39, 1. Kindl. Herztöne nicht zu hören. 22. XI. In der Nacht Temperaturanstieg auf 39,5. Schüttelfrost, später weiterer Anstieg auf 40,5. Erneuter Schüttelfrost. Schmieriger Ausfluß, sehr übelriechend. Im Ausstrich Koken und Stäbchen. 23. XI. 12,39 h. p. m. In Aether - Chloroform Narkose Einlegen eines Ballons, wobei es blutet. 3 h. p. m. wird Ballon ausgestoßen. Starke Blutung. Blase wird gesprengt. 3,30 h. p. m. Spontangeb. eines lebenden Kindes in Hinterhauptlage. 4. h. p. m. folgt die Nachgeburt, sie hängt mit einem kleinen Teil noch fest und wird exprimiert. Sieht zerrissen aus. Wegen fortdauernder Blutung in leichter Narkose Austastung und Entfernung eines Plazentarrestes. Hierbei wird festgestellt, daß es sich um Placenta praevia marginalis gehandelt hat. Kalte Alkoholspülung des Uterus. Scheidentamponade. Kind 7 Monate alt, lebt. Nach 2¼ Stunden gestorben. Wochenbett: 24. XI. Entfernung d. Tamponade, Eisblase, Secale. 25. XI. Schmieriger Ausfluß. Lungen: Schall rechts gegen links verkürzt; vorn über d. Mittellappen rechts Knisterrasseln. Abendtemperat.

39,4°. Codein 10 Tropfen. 28. XI. Lungenbefund unverändert. Starke Durchfälle. Tinctur opii 10 Tropfen. Abendtemperatur 38,2. Umschlag. 29. XI. Schmerzen im Leib. 30. XI. Immer noch Durchfälle, Patient. ist auffallend anämisch, klagt über Atemnot. I. XII. Atemnot nimmt zu, Puls frequent. Digalen. Lungen: hinten rechts bis zur Mitte der scapula Dämpfung. Kein Atemgeräusch. Punktion ergibt ein eitriges Exudat. Abends: Exitus. Sectionsbefund: Puerperale Sepsis: metastatische Abszesse beider Lungen. Empyem, Fettleber, Fettige Degeneration der Nieren. Endometritis septica puerperalis. Myometritis. Salpingitis purulenta. Vereitertes corpus luteum d. r. Ovarium perforiert. Pelveoperitonitis.

Der dritte Todesfall, der in meiner Statistik zu verzeichnen ist, ist einer von den vier Fällen, bei denen die Extraktion am Steiß vorgenommen wurde. Als Fall II ist er von mir bereits unter den Fällen mit Fieber bei stehender Blase genauer angeführt worden.

Wie ich weiter oben bereits auseinandergesetzt habe, hat man auch versucht, aus der Höhe des Fiebers während der Geburt im voraus einen Schluß auf den Verlauf des Wochenbettes zu ziehen. Krönig neigt nach seinen Erfahrungen zu der Ansicht, daß, je höher das Fieber in der Geburt, umso geringer die Wahrscheinlichkeit sei, daß das Wochenbett ohne Temperatursteigerung verläuft. v. Winckel meint, daß die Prognosestellung aus der Höhe der Temperatur eine unsichere sei, und in der neueren Literatur wird allgemein die Ansicht vertreten, daß die Höhe des Fiebers in der Geburt allein die Prognose für das Wochenbett noch nicht schlecht macht.

Ich habe nun auch mein Material daraufhin betrachtet, welchen Einfluß die Höhe der beobachteten Temperaturen intra partum auf den Verlauf des Wochenbettes hatte, und wie weit sie also allein zur Prognosestellung verwertbar ist. Es hat sich dabei folgendes, in der Tabelle dargelegtes Resultat ergeben:

Wochenbettsverlauf

Geburten mit Fieber über 39 Grad	Vollkommen fieberfrei	1 bis 2 Tage Fieber	Langandauernd. Fieber	Summa
Spontane Geburten . . .	5	5	6	16 | 32 =
Operative	6	2	8	16 | 18,1 %
	11 = 34,4 %	7 = 21,9 %	14 = 43,7 %	32 = 100 %

Von meinen 177 Fällen mit Fieber in der Geburt hatten also 32 = 18,1 % über 39°. Die Hälfte dieser 32 Geburten verliefen spontan. Vergleichen wir den Wochenbettsverlauf dieser 32 Fälle mit der Gesamtzahl, so stellt sich heraus, daß von den letztgenannten Fällen 34,4 %, von der Gesamtzahl 56,5 % ein fieberfreies Wochenbett hatten. Ein fast fieberfreies Wochenbett machten 21,3 % von den 32 Fällen und 19,8 % der Gesamtzahl durch, und ein schwer fieberhaftes Wochenbett 43,7 % von den 32 Fällen und 23,7 % von der Gesamtzahl.

Wenn auch dieser Vergleich in meiner Statistik zu ungunsten der Fälle mit hohem Fieber während der Geburt ausfällt, so möchte ich mich im allgemeinen doch der Ansicht derjenigen Autoren anschließen, die aus der Höhe des Fiebers allein noch keine schlechte Prognose stellen zu müssen glauben.

Ich komme nun zu der Frage, wie bei Fieber intra partum die Prognose für das Kind zu stellen ist. Meine Beobachtungen ergaben folgendes:

Kinder: Gesamtresultat:

Lebend geboren:	135 = 74,2 %
Tot geboren	40 = 22,0 %
Starben nach kurzer Zeit	7 = 3,8 %
	182 = 100 %

Bei spontanen Geburten:	
Lebend geboren	105 = 86 %
Tot geboren	13 = 10,7 %
Starben	4 = 3,3 %
	122 = 100 %

Bei operativ beendeten Geburten:	
Lebend geboren	30 = 50 %
Tot geboren	27 = 45 %
Starben	3 = 5 %
	60 = 100 %

Auf meine 177 Fälle kamen inklusive der 5 Zwillingsgeburten 182 Kinder. Davon wurden 135 lebend geboren, also 74,2 %; 40=22 % wurden tot geboren und 7 = 3,7 % der Kinder starben kurze Zeit nach der Geburt.

Aus diesem Resultat ersieht man, daß die Prognose für das Kind bei Fieber der Mutter während der Geburt im allgemeinen nicht günstig ist. Besonders schlecht ist aber, wie auch aus der obigen Tabelle hervorgeht, die Prognose für das Kind bei operativ beendeten Geburten. In der Hälfte dieser Fälle waren in meiner Statistik die Kinder tot zur Welt gekommen oder kurze Zeit nach der Geburt gestorben.

Als Erklärung für den hohen Prozentsatz der toten Kinder bei Fieber der Mutter intra partum wird vor allem die lange Geburtsdauer und der frühzeitige Blasensprung herangezogen und besonders auch die Möglichkeit, daß ein Einwandern der Keime vom infizierten Fruchtwasser aus in die Frucht erfolgt, entweder durch vorzeitige Atmung und Verschlucken des Fruchtwassers, oder auch durch spontane Einwanderung der Bakterien durch Mund und Nase oder After des Kindes und schließlich auch auf dem Wege des Blutkreislaufes.

Zahlreiche Autoren nehmen an, daß das Kind durch die gesteigerte Temperatur allein getötet wird, da ja naturgemäß der Fötus höhere Temperatur hat als die Mutter, und die wärmeregulierenden Momente fortfallen.

Der Hauptzweck der so viefach angestellten Untersuchungen und Beobachtungen von Fällen mit Fieber während der Geburt läuft schließlich stets darauf hinaus, aus den Ergebnissen des gesammelten Materials Richtlinien für das therapeutische Verhalten bei Fieber intra partum zu entnehmen.

Und so will ich denn am Schlusse dieser Arbeit auch noch etwas genauer auf die Frage der Therapie bei Fieber intra partum eingehen.

Früher galt das Fieber während der Geburt, wenn es nicht als funktionelles angesehen wurde, als strikte Indikation zur sofortigen Beendigung der Geburt. Jetzt, da man jedes während der Geburt auftretende Fieber, wenn es nicht durch eine extragenitale Erkrankung bedingt ist, als hervorgerufen durch Infektion oder durch Intoxikation betrachtet, steht man auf dem Standpunkt, einen operativen Eingriff nach Möglichkeit zu vermeiden. Je mehr Verletzungen, — und diese sind doch bei einer operativen Entbindung viel zahlreicher als bei der spontanen, — desto größerer Spielraum wird der Verbreitung der Infektion geboten. E. Sachs kommt auf Grund seiner bakteriologischen Untersuchungen zu folgendem Schluß:

Die Gefahr, in die wir unsere Wöchnerinnen durch unsere Eingriffe bringen, ist weit größer als die, in der sie bei bestehender Infektion schweben, selbst wenn wir nichts zur Abkürzung des Infektionszustandes tun. Wenn wir auch machtlos gegen die Art der infizierenden Keime sind, die Dauer der Infektion und die Art der Entbindung sind von unserem Willen abhängig. Da vielleicht außer bei hämolytischen Streptokoken die Dauer des subpartalen Fiebers eine untergeordnete Rolle spielt, so ist eine schonende Entbindung bei allen infizierten Fällen wichtiger als eine schnelle.

Die Erfahrung hat gelehrt, daß die wichtigste und vielfach leicht zu erfüllende Therapie bei Fieber intra partum die Prophylaxe ist. Bei der auffallenden Häufigkeit des Fiebers nach vorzeitigem Blasensprung ist bei allen Geburts-

fällen, bei denen es erfahrungsgemäß leicht dazu kommt, abnorme Lagen, enges Becken usw., vor allem ein möglichst langes Erhalten der Fruchtblase zu erstreben. Ist die Blase aber vorzeitig gesprungen, so ist die Einschränkung der inneren Untersuchung auf das Notwendigste, sowie peinlichste Asepsis das Haupterfordernis.

Wenn intrauterine Eingriffe nach Ausstoßung der Frucht durchaus notwendig sind, so mag sich eine Uterusspülung anschließen (Alkohol).

Für den Geburtshelfer besteht bei einem Fall von Fieber während der Geburt die Hauptsache darin, zu entscheiden, ob und wann entbunden werden soll. Der Standpunkt, der heute darin vertreten wird, läuft, wenn ich ihn noch einmal hier am Schlusse kurz zusammenfassen darf, darauf hinaus, daß man gut tut, bei Fieber während der Geburt, soweit nicht andere Indikationen eintreten, die spontane Entbindung abzuwarten, oder doch die Beendigung erst operativ vorzunehmen, wenn eine ganz leichte, keine Verletzung setzende Entbindung möglich ist.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Franz für die gütige Ueberlassung des Themas wie der Krankengeschichten ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

Ahlfeld: Beiträge zur Lehre vom Resorptionsfieber in der Geburt und im Wochenbett.
Zschr. f. Gynäk. b. Geburtsh. Bd. 27.

Glöckner: Temperaturmessungen bei Gebärenden.
Zschr. f. Geb. u. Gynäk. Bd. 21.

Ihm: Ueber die Bedeutung des Fiebers in d. Geburt.
Zschr. f. Geb. u. Gynäk. Bd. 52.

Krönig: Ueber Fieber intra partum.
Zentralbl. f. Gynäk. 1894.

Liepmann: Zur Aetiologie der Eklampsie.
Münch. Med. Wochenschr. Nr. 51, 1905.

Winter: Fieber in d. Geburt.
Zschr. f. Geb. und Gynäk. Bd. 23.

E. Sachs: Bakter. Unters. beim Fieber währ. der Geburt.
Zschr. f. Geb. u. Gynäk. LXX. 1. 1912.

Warnekros: Bakter. Unters. bei Fieber im Wochenbett, bei Aborten, u. währ. d. Geb.
Zentralbl. f. Gynäk. XXXV. 28. 1911.

Lebenslauf.

Als Sohn des Volksschullehrers Karl Singermann bin ich, Max Singermann, Verfasser dieser Arbeit, am 3. Juni 1890 in Kosten (Posen) geboren, jüdisch. Religion. Bei der Versetzung meines Vaters kam ich 1894 nach Schildberg (Posen), besuchte dort bis zum Jahre 1901 die Schule meines Vaters, dann die höhere Knabenschule in Schildberg. Ostern 1906 kam ich in die Unter-Secunda des Kgl. Gymnasiums zu Ostrowo (Posen) und bestand dort Ostern 1910 die Reifeprüfung. Ich widmete mich nun dem Studium der Medizin, an der Berliner Universität und bestand hier im Juli 1912 die ärztliche Vorprüfung. Nachdem ich hierauf ein Semester an der Münchener Universität studiert hatte, kam ich nach Berlin zurück und stand bei Kriegsausbruch am Ende des neunten Semesters. Am 3. Oktober 1914 kam ich als Bataillonsarzt zum Landsturm-Infant.-Batl. Glogau II, machte mit diesem den Vormarsch auf Warschau mit und war 4½ Monate im Felde. Dann wurde ich an das Reserve-Lazarett Wreschen (Posen) versetzt, und nachdem ich hier 2½ Monate Dienst gemacht hatte, wurde ich zur Beendigung meines Studiums befreit. Im September 1915 bestand ich vor der ärztlichen Prüfungskommission zu Berlin das Staatsexamen und bin seit dem 5. Oktober 1915 am Res.-Lazarett Strausberg tätig. Am 10. April 1916 wurde mir die Approbation als Arzt erteilt.

Name, Alter, Journalnummer	Temperatur während der Geburt Cels.	Puls	Blasensprung vor der Geburt Std.	Min.	Geburtsdauer Std.	Min.	Entbindung	Kind
1. Nr. 5633 29 J. VII Par. X. 10.	38,5	84		30	12	15	spontan	w. lebt 48 l. 2480 schw.
2. Nr. 4919 18 J. I. Par. X. 10.	38,4	84		48		50	Extraction am Steiß	m. † 48 l. 3500 schw.
3. Nr. 4920 34 J. X. Par. X. 10.	38,5	88	30	15	31	30	Perforation	w. † 45 l. 3720 schw.
4. Nr. 5026 L. 19 J. I. Par. 10. 10.	38,3		40		41	10	spontan	w. lebt 57 l. 3900 schw.
5. Nr. 5096 S. 40 J. I. Par. X. 10.	39,6	104					Perforation	m. tot
6. Nr. 5256 P. 21 J. I. Par. X. 10.	38,5		7	30	89		spontan	m. lebt
7. Nr. 5284 P. 25 J. I. Par. X. 10.	38,1		14		21		„	m. } leben m. }
8. Nr. 5334 W. 27 J. II. Par. X. 10.	38,9	98	56	50	73		„	m. l. Facialis parese lks. † am 2. Tag
9. Nr. 5379 B. 21 J. I. Par. X. 10.	38,4	90	2		8	45	„	w. lebt
10. Nr. 5435 J. 30 J. III. Par. X. 10.	38,2						„	m. lebt
11. Nr. 5455 J. 37 J. III. Par. X. 10.	38,5	96	30		53		„	m. lebt
12. Nr. 5542 St. 38 J. II. Par. X. 10.	38,8	30			63		„	m. tot
13. Nr. 5610 M. 25 J. I. Par. X. 10.	38,1	92		15	20	30	„	m. lebt
14. Nr. 5608 St. 19 J. I. Par. X. 10.	38,9	130	75				conduplicat corpore	w. tot 7/8 Mon. alt
15. Nr. 5817 P. 20 J. I. Par. XI. 10.	38,6	88	4	40	9	15	spontan	m. lebt
16. Nr. 6002 Z. 27 J. IV. Par. XI. 10.	38,5		3		5	50	Sectio caesarea	w. lebt
17. Nr. 6149 B. 19 J. I. Par. XI. 10.	38,4	116	4	15	5		spontan	m. lebt † am nächst. Tag a. Bronchopn.
18. Nr. 6179 St. 23 J.	39			20	3		Einl. ein. Ballons, dar. Spontangeb.	w. lebt
19. Nr. 6238 E. 23 J. I. Par. XI. 10.	38,9	144	7		14		spontan	w. lebt
20. Nr. 2666 H. 21 J. I. Par. XI. 10.	38,5	120		10			sectio caesarea	m. tot

m = männlich, w = weiblich.

Becken	Wochenbett	Kindeslage	Bemerkungen
Rachit. plattes Becken	fieberfrei	II H. L.	Manuell. Placenta-Lösung
normal	vom 1.—7. Tage Temp. zw. 38 u. 38,5	II unvollkommene Steißlage	
„	fieberfrei	I H. L.	Nabelschnurumschlingung
„	vom 2.—6. Tage Temp. 38—38,5	II H. L.	
„	T. b. z. 6. Tg. 38-38,5	II H. L.	Wehenschwäche Eklampsie
„		I H. L.	
„	am 4. Tage Temp. 38,5	II H. L.	Zwillinge
„	fieberfrei	II H. L.	Untersucht draußen 3 x v. Arzt, 8 x v. d. Hebamme
„	„	I H. L.	Sehr viel Fruchtwasser
„	„	II H. L.	Pyelitis
„	Am 7. Tage Schüttelfrost, hohe Temper.	I H. L.	Placenta übelriech., Eihäute grünlich
„	fieberfrei	I H. L.	Fruchtwasser jauchig
„	„	I H. L.	
„	„		Blase draußen von Hebamme gespr.
„	„	I H. L.	
Rachit. plattes Becken	Bis zum 6. Tage Temperatur über 38	II H. L.	
normal	Bis zum 6. Tage hohe Temperatur	I H. L.	Cystitis
„	Puerperal Sepsis Exitus am 8. Tage	I H. L.	Schmieriger Ausfluß vor der Geburt
„	Am 17. Tage Schüttelfrost	I H. L.	Gonorrhoe
„	fieberfrei	I H. L.	Eklampsie

Name, Alter, Journalnummer	Temperatur während der Geburt		Blasensprung vor der Geburt		Geburtsdauer		Entbindung	Kind
	Cels.	Puls	Std.	Min.	Std.	Min.		
21. Nr. 6294 K. 23 J. I. Par. XI. 10.	38,5	108	5		6		spontan	w. lebt
22. Nr. 6437 B. 23 J. III. Par. XI. 10.	38,1	80	3		7		„	m. w. leben VIII. Monat
23. Nr. 6456 O. 22 J. II. Par. XII. 10.	38,2			30	7		Sp. d. Blase a) spontan b) Extr. a. Fuß	w.w. leben
24. Nr. 6489 S. 22 J. I. Par. XII. 10.	38,1	96					Lös. d. Arme, Extr. am Steiß Veit Smellie	w. lebt
25. Nr. 7040 K. 19 J. I. Par. XII. 10.	39	140	5	45	11	40	Einl. e. Ball. Sp. d. Bl., Zge.	w. tot
26. Nr. 6484 D 25 J. I. Par. XII. 10.	38,1	88	42	15	43		spontan	m. lebt
27. Nr. 6511 36 J. IV. Par. XII. 10.	39	90	1		20		„	w. lebt
28. Nr. 6595 K. 25 J. III. Par. XII. 10.	38	100	11	15	12	15	„	w. lebt
29. Nr. 6620 B. 20 J. II. Par. XII. 10.	39	124			12		Spr. d. Blase Einl. e. Ball. spontane Geb.	m. tot 8 Monate
30. Nr. 6490 F. 25 J. II. Par. XII. 10.	38,2	104	13	30	208		spontan Episiotomie	w. tot
31. Nr. 6807 J. 21 J. I. Par. XII. 10.	38,2	110			34	20	Spr. d. Blase Wend. u. Extr.	m. lebt
32. Nr. 6821 K. 37 J. VI. Par. XII. 10.	38,3	105	36		49	10	Hohe Zange	m. l. †¾ Std. nach Geburt
33. Nr. 6840 B. 17 J. I. Par. XI. 10.	38,7	88	14	15	17		Beckenausgangszange	m. lebt
34. Nr. 6831 K. 33 J. XI. Par. XII. 10.	38,5	100	87	30	12	30	Einl. e. Ball. dar. spontan	m. lebt 8 Mon. alt
35. Nr. 6874 P. 25 J. I. Par. XII. 10.	38,1	108	109	40	115	55	Herunterh. e. Fuß.-Extrakt.	m. lebt
36. ? Sch. 31 J. III. Par. XII. 10.	38,2						spontan	m. lebt 9-10 Monat
37. Nr. 6909 B. 38 J. III. Par. XII. 10.	38,5		5	30	19	15	Beckenausgangszange	m. lebt † a. Nabelsep.
38. Nr. 7177 P. 20 J. III. Par. 1. 1911.	39,5				24		Perforation	m. tot
39. Nr. 7216 A. 22 J. I. Par. 1. 1911.	38		11		14		spontan	m. lebt
40. Nr. 7298 St. 19 J. I. Par. 1. 1911.	38,4	90	5	30	32	15	„	w. lebt

Becken	Wochenbett	Kindeslage	Bemerkungen
normal	fieberfrei	I H. L.	Großer linksseitiger Scheid.-Clitorisriß
„	„	1. in v. Blase 2. in II. Fußlage	Zwillinge
„	„	1) I H. L. 2) Fußlage	Zwillinge
„	„	Fußlage	Eklampsie
„	verlegt	I H. L.	
„	bis zum 6. Tage leichte Temperatur	I H. L.	
„	Am 4. Tage 38,0	I H. L.	
„	fieberfrei	I H. L.	
„	verlegt	I hintere Hinterhauptl.	Einleit. d. Frühgeb. weg. schw. Tuberc.
„	5/4 St. nach Geburt Schüttelfrost	II. Stirnlage	übelriech. Fruchtw.
„	Am 1. Tag Schüttelfrost, Temp. h. b. 9. Tg.	II. Querlage	
„	fieberfrei	I H. L.	
„	Vom 1. bis 6. Tage Temp. 38,0	I H. L.	Wenig übelriech. Ausfluß
„	Am 1. Tg. Schüttelfr., Tp. 40,8, d. fieberfr.		Wehenschwäche
„	Am 4. Tg. 38,5, am 9. noch Schüttelfrost	I. Steißlage	Gr. Kind, rig. Weichteile übelr. Fruchtw.
„	ständig Fieber, Lungenbefund	I H. L.	Bronchopn. 14 Tage v. d. Geb. Fieber
„	Am 3. und 4. Tage Temp. 39,7	II H. L.	Uebelriech. Ausfluß
eng. Becken	fieberfrei	II H. L.	Vor d. Geb. Schüttelfrost, Abg. v. Mecon.
normal	„	I H. L.	
„	„	II H. L.	

Name, Alter, Journalnummer	Temperatur während der Geburt		Blasensprung vor der Geburt		Geburtsdauer		Entbindung	Kind
	Cels.	Puls	Std.	Min.	Std.	Min.		
41. Nr. 7437 M. 26 J. III Par. 1. 11.	38,2	96	5		31		Hohe Zange	m. lebt
42. Nr. 7521 A. 25 J. II Par. 1. 11.	38,0	105	86	25	86	35	spontan	m. „
43. Nr. 7515 K. 21 J. II Par. 1. 11.	38,1	105			9	15	„	w. l. 8 Mon. convense
44. Nr. 7562 L. 24 J. I Par. 1. 11.	38,8	110	18	56	19	20	Hohe Zange	m. lebt
45. Nr. 7667 J. 30 J. I Par. 1. 11.	39,0	100	1	30	3	30	spontan	w. „
46. Nr. 7953 16 J. I Par. 1. 11.	40,0	140	2	10	3	10	Ballon, Wend. u. 2 Extrakt.	w. „
47. Nr. 8003 W. 22 J. I Par. 2. 11.	38,8	110	10		18	25	spontan	w. „
48. Nr. 8097 E. 25 J. I Par. 2. 11.	38,5	98	1	10	12	30	„	m. „
49. Nr. 8149 K. 44 J. IX Par. 2. 11.	39,2	104			32	5	Dilatation, Wendg. auf d. Fuss, Extrakt.	m. tot, 8 Mon. alt
50. Nr. 8269 L. 23 J. II Par. 2. 11.	38,0	100	12		13		spontan	m. lebt
51. Nr. 8235 23 J. L. II Par. 2. 11.	39,0	130	4	30	18		„	m. „
52. Nr. 8433 H. 30. J. VI Par. 2. 11.	38,3	105	10		21	20	„	w. „
53. Nr. 8542 D. 42 J. VII Par. 2. 11.	38,1	105	10		3	30	„	m. „
54. Nr. 8461 H. 21 J. I Par. 2. 11.	38,5	100	4	55	15	45	„	w. „
55. Nr. 8455 Th. 20 J. I Par 2. 11.	38,5	105		35	14		„	m. l., alt 9 Monate
56. Nr. 8478 G. 25 J. I Par. 2. 11.	38,8		2	30	7	30	„	1. m. leben 2. w. 8 Mon. a.
57. Nr. 8504 W. 19 J. I Par. 2. 11.	38,4	120		10	15	50	„	m. lebt 8 Monate alt
58. Nr. 8576 M. 36 J. III Par. 2. 11.	38,8	90	192				Wendg. u. Extraktion Veit-Smelile	w. lebt

Becken	Wochenbett	Kindeslage	Bemerkungen
eng. Becken	fieberfrei	I H. L.	Vor d. Geb. Meconium abg. Sinken d. kindl. Herztöne, gross. Kind
normal	„	II H. L.	
„	„	I H. L.	Lungen: beidersts. Spitz. Dämpfg. Unrein Atmen
„	„	I H. L.	Arm- u. Nabelschn. Vorfall, Asthma
„	1 - 5 Tag Temper. zw. 39, u. 40,0	I H. L.	
„	Bis z. 8 Tage Temp. zw. 38, u. 39,0	I H. L.	Eklampsie, 20 Anfälle
„	1. Tag Fieber, sonst fieberfrei	II H. L.	
„	„	II H. L.	Schmier. Ausfluss, Lues
„	„	II Querlage	Schüttelfr. währ. d. Geburt, übelr. Ausfluss
Allgemein verengt. Beck.	„	I H. L.	
normal	Bis z. 6. Tage hohe Temperaturen	I H. L.	Viel Fruchtwasser
„	1.—4. Tag Temper. 2. Tag Schüttfr.	I H. L.	„
„	3. u. 6. Tag 38,6, sonst normal	I H. L.	
„	4. u. 5. Tag Temper. 38,5	I H. L.	Fruchtw.meconiumhaltig, stink. Ausfl.
„	Hohes Fieber verlegt nach Stat. 11	I H. L.	Uebelriech. Ausfl.
„	Temper. 1.—8. Tag über 38,5	1) I H. L. 2) II H. L.	Zwillinge
„	fieberfrei	vollkomm. Fusslage	
„	„	II. dorsoant. Querl. m. Armvorhall.	Uebelriech. Ausfl.

Name, Alter, Journalnummer	Temperatur während der Geburt		Blasensprung vor der Geburt		Geburtsdauer		Entbindung	Kind
	Cels.	Puls	Std.	Min.	Std.	Min.		
59. Nr. 8555 J. 17 J. I Par. 2. 11.	38,2	105	4	30	10		spontan	m. lebt
60. Nr. 8575 Sch. 26 J. II Par. 2. 11.	38,5	115		20	6	15	„	w. tot 7 Mon. alt
61. Nr. 8588 D. 22 J. I Par. 2. 11.	38,1	94	3		6		„	w. lebt
62. Nr. 8627 M. 33 J. I Par. 2. 11.	40,3	90					Forceps	m. „
63. Nr. 8901 H. 19 J. I Par. 3. 11.	38,3	90	5	30	23	50	spontan	w. „
64. Nr. 8895 W. 20 J. I Par. 3. 11.	38,5	115		15	20	30	Herunth. ein. Fuss. Extrakt. Veit Smellie	m. tot
65. Nr. 9208 M. 24 J. I Par. 3. 11.	38,1	110		30	15	45	spontan	w. lebt
66. Nr. 9255 L. 19 J. I Par. 3. 11.	38,4	120	1	50	32	40	„	w. „
67. Nr. 9349 W. 19 J. I Par. 3. 11.	38,7	95	52	15	52	30	Zange	m. „
68. Nr. 9431 V. 21 J. II Par. 3. 11.	38,0	75	1	20	5	20	spontan	w. „
69. Nr. 9422 L. 22 J. II Par. 3. 11.	38,3	82		20	12	35	„	m. „
70. Nr. 9434 W. 35 J. III Par. 3. 11.	38,9	100	72		80	30	Versuch d. h. Zange ohne Erfolg, Perforat.	w. tot
71. Nr. 9476 O. 28 J. I Par. 3. 11.	38,1	124	38	30	55	30	Perforation	m. „
72. Nr. 9537 B. 21 J. II Par. 3. 11.	38,1	72	1	30	15	40	spontan	m. lebt
73. Nr. 9576 K. 21 J. II Par. 3. 11.	38,5	98			23		„	m. „
74. Nr. 70 N. 24 J. I Par. 4. 11.	38,3	93	12		12	5	Zange	m. „
75. Nr. 267 L. 22 J. I Par. 4. 11.	38,2	92	35		36		spontan	m. tot
76. Nr. 279 D. 24 J. II. Par. 4. 11.	38,0	88			2	30	„	m. tot 7 Mon.
77. Nr. 426 B. 30 J. I Par. 4. 2.	38,3	100	4	25	30	25	„	m. lebt

Becken	Wochenbett	Kindeslage	Bemerkungen
normal	fieberfrei	I H. L.	Nephr., Gonorrhoe
„	„	Fusslage	Bronchitis
„	„	I H. L.	
„	„	II H. L.	
„	Am 5. Tage Temperatur 38,1	Tief. Querstand II H. L.	
„	Am 1. Tage Kollaps Dyspnoe, Exitus	I. Steisslage	Fieb. b. steh. Blase, placenta praev. Man. Entferng. d. Placenta
„	2. Tag 38,5, 3. Tag 39,2, 7. Tag 39,5	I H. L.	Section: Uterusrupt.
		I H. L.	
„	Temp. b. z. 5 Tage zw. 38,5 u. 39,5	I H. L.	
„	fieberfrei	I H. L.	
„	„	I H. L.	
„	„	I H. L.	
Verengt. Becken	„	I H. L.	
normal	Bis z. 10. Tage Temp. 38 u. 38,5	Gesichtslage	Jauchiger Ausfluss
„	fieberfrei	II H. L.	
„	„	II H. L.	
Platt. Beck.	„		
normal	„	I H. L.	
„	„		Tbc. pulmonum
„	v. 1.—3. Tage Temp. 38,5	II H. L.	

Name, Alter, Journalnummer	Temperatur während der Geburt		Blasensprung vor der Geburt		Geburtsdauer		Entbindung	Kind
	Cels.	Puls	Std.	Min.	Std.	Min.		
78. Nr. 425 K. 21 J. II Par. 4. 11.	38,0	100	1	30	3	15	spontan	w. lebt
79. Nr. 150 F. 16 J. I Par. 4. 11.	39,5	130	2	45	7	35	„	w. „
80. Nr. 621 L. 42 J. VII Par. 4. 11.	38,3	120	8		9	10	Zange	m. „
81. Nr. 665 S. 25 J. I Par. 4. 11.	38,3	95	4	10	4	50	spontan	m. „
82. Nr. 825 S. 41 J. I Par. 5. 11.	38,5	130	1	40	31	50	Extraktion	w. l. 8 Mon. a.
83. Nr. 1035 H. 35 J. XI Par. 5. 11.	38,4	92	41	35	42	5	spontan	w. lebt
84. Nr. 1037 B. 35 J. I Par. 5. 11.	38,6	110	4		17	15	Zange	w. „
85. Nr. 1144 H. 21 J. I Par. 5. 11.	38,3	110		45	8	15	spontan	w. „
86. Nr. 970 O. 21 J. I Par. 5. 11.	38,8	80	3	20	12	40	„	m. „
87. Nr. 1400 F. 31 J. VIII Par. 5. 11.	38,0	90	26	30	43		Zange	m. „
88. Nr. 1845 R. 19 J. I Par. 6. 11.	38,6		6	10	26	5	spontan	m. „
89. Nr. 2048 21 J. I Par. 6. 11.	39,0	98	32	30	32	40	„	w. „
90. Nr. 2089 S. 45 J. XV Par. 6. 11.	38,7	108					„	w. tot
91. Nr. 2186 G. 21 J. I Par. 6. 11.	38,5	132	33	15	41	15	Zange	m. lebt
92. Nr. 2279 L. 30 J. IV Par. 6. 11.	38,0	118	32	20	69		„	m. „
93. Nr. 2318 B. 17 J. I Par. 6. 11.	38,1	96	18	30	19	35	spontan	1) m. lebt 2) m. lebt
94. Nr. 2395 M. 26 J. II Par. 6. 11.	39,5	100	5		10	10	„	m. „
95. Nr. 2406 G. 19 J. I Par. 6. 11.	38,5	98	24	15	10	10	„	w. „
96. Nr. 2480 D. 24 J. I Par. 6. 11.	38,8	80	68	30	68	40	„	m. „
97. Nr. 2615 H. 22 J. I Par. 7. 11.	38,3	98	57	45	57	50	Extraktion Veit Smellie	m. tot
98. Nr. 2752 K. 32 J. II Par. 7. 11.	38,2	118	127	15	29	45	spontan	m. lebt

Becken	Wochenbett	Kindeslage	Bemerkungen
normal	fieberfrei	II H. L.	
„	v. 1.—4. Tage Temp. zw. 38 u. 39,0	Steisslage	Lues
„	Bis z. 6. Tage Temp. 38,5	I H. L.	
„	fieberfrei	II H. L.	reichl. stink. Ausfl
„	Sepsis, Exitus	I Steisslage	Fieb. b. steh. Blase
„	fieberfrei	II H. L.	
„	„	I hintere H. L.	Epilepsie. Go.
„	am 2. u. 3. Tage Temp. 38,8	I H. L.	
„	fieberfrei	I H. L.	
„	„	II H. L.	
„	„	I H. L.	Oedem d. Labien
„	„	I H. L.	
„	weg. allgem. Sepsis verlegt	I H. L.	Wehenschwäch, Kind maceriert
„	v. 1.—11. Tag fieberhaft. Temperaturen	II H. L.	
Einfach. platt. Becken	fieberfrei	I H L.	14 × untersucht
normal	„	Steisslage	Zwillinge
allgem. verengt. Becken	am 4. Tage Temp. Erhöh. üb. 38	II H. L.	
normal	fieberfrei	II H. L.	
„	„	I H. L.	
„	„	II Steisslage	Nabelschnurvorfall
„	„	I H. L.	

Name, Alter, Journalnummer	Temperatur während der Geburt		Blasensprung vor der Geburt		Geburtsdauer		Entbindung	Kind
	Cels.	Puls	Std.	Min.	Std.	Min.		
99. Nr. 2948 V. 39 J. II Par. 7. 11.	38,9	120	3		3	15	Ballon spontan	m. tot 7.—8. Monat
100. Nr. 2945 J. 27 J. I Par. 7. 11.	38,8		11	30	32	30	„	w. lebt
101. Nr. 2987 P. 39 J. VI Par. 7. 11.	38,5	110					Zangenvers. missl. Sectio caesar.	m. „
102. Nr. 2979 K. 21 J. I Par. 7. 11.	38,3	110	1	25	19	45	spontan	m. „
103. Nr. 3029 B. 43 J. XII Par. 7. 11.	38,7	110	36	15	11	15	„	w. „ 8. Mon.
104. Nr. 3045 P. 21 J. I Par. 7. 11.	38,1	100		30	13	5	„	m. „
105. Nr. 3108 T. 27 J. II Par. 7. 11.	38,3	110	12		13	45	Zange	w. tot
106. Nr. 3136 W. 32 J. VII Par. 7. 11.	38,0	100					Braxton Hicks	m. „
107. Nr. 3242 J. 24 J. VI Par. 7. 11.	38,5	95	48	45	49		spontan	w. lebt
108. Nr. 3582 M. 20 J. II Par. 8. 11.	38,8	100	6		21	45	„	m. „
109. Nr. 3587 M. 24 J. I Par. 8. 11.	40	140	45	30	112	45	Perforation	m. tot
110. Nr. 3592 W. 20 J. I Par. 8. 11.	38,5	100	8	30	11	45	spontan	m. lebt
111. Nr. 3718 S. 20 J. I Par. 8. 11.	38,2	98	1		17	20	„ Episiotomie	w. „
112. Nr. 3751 V. 19 J. I Par. 8. 11.	39,2	110	36	15	66	45	spontan	m. tot 7 Mon.
113. Nr. 2583 K. 20 J. I Par. 8. 11.	38,5	108	2	45	23	30	„	w. lebt
114. Nr. 3816 K. 24 J. III Par. 8. 11.	38,8	112	66		5	45	condupl.corp.	m tot 8 Mon.
115. Nr. 4088 B. 20 J. I Par. 8. 11.	38,1	120		15		45	Zange	m lebt
116. Nr. 4223 H. 20 J. III Par. 9. 11.	38,3	80		21	14	30	Beckenausgangszange	m. tot
117. Nr. 4236 B. 34 J. VIII Par. 9. 11.	38,1	85	4	50	5	15	spontan	w. lebt
118. Nr. 4289 B. 22 J. II Par. 9. 11.	40,0	120	49	20	49	40	„	m. „

Becken	Wochenbett	Kindeslage	Bemerkungen
normal	am 2. Tage Temp. 38,0	I H. L.	Placenta praevia
„	fieberfrei	II H. L.	„ luetisch
„	am 3. u. 4. Tage Temp. über 38,0	H. L.	Incomplet. Uterusruptur
„	fieberfrei	II H. L.	
„	„	I H. L.	
„	vom 1.—7. Tage Temp. zw. 39 u. 40	II H. L.	Oedem d. Labien
enges Becken	fieberfrei	I H. L.	
normal	am 2. Tage Temp. 39,0	H. L.	Placenta praevia
„	fieberfrei	I H. L.	Fieb. b. steh. Blase
„	„	I H. L.	
„	v. 1.—10. Tage fieb. Temperat.	Gesichtslage	Wehenschwäche
enges Becken	a. 2. Tage 2 Schüttelfröste, Temp. 40,5 u. 41° 3. Tag 40 verlegt	I H. L.	stinkend. Ausfluß
normal	fieberfrei	II H. L.	
„	„	Stirnlage	
„	„	I H. L.	Jetzt. Kr. Gelenkrheumatismus
„	am 2. u. 3. Tag Temp. 38,9	Querlage Armvorfall	Prolaps
„	verlegt	H. L.	Eklampsie 21 Anfälle
„	fieberfrei	I H. L.	Fieb. b. steh. Blase
„	„	I H. L.	Tbc. pulmonum
„	vom 1.—4. Tage Temp. 38,5	I H. L.	

Name, Alter, Journalnummer	Temperatur während der Geburt		Blasensprung vor der Geburt		Geburtsdauer		Entbindung	Kind	
	Cels.	Puls	Std.	Min.	Std.	Min.			
119. Nr. 4320 M. 23 J. I Par. 9. 11.	40,0	125		24	3	45	spontan	w.	lebt
120. Nr. 4371 V. 21 J. II Par. 9. 11.	38,3	115	7	20	49	45	„	w.	„
121. Nr. 4396 R. 27 J II Par. 9. 11.	39,5	120	1	30	2	35	„	w.	„
122. Nr. 4436 J. 29 J. I Par. 9. 11.	39,5	110	81	10	83		Extrakt a. Fuss	m.	tot
123. Nr. 4458 H. 38 J. VII. Par. 9. 11.	38,9	80					Perforation	w. tot	7 Mon.
124. Nr. 4489 B. 22 J. I Par. 9. 11.	38,5	120	13	35	13	45	spontan	m.	lebt
125. Nr. 4515 K. 23 J. I Par. 9. 11.	38,2	140	17	45	27	30	Zange, Episiotomie	w.	„
126. Nr. 4606 T. 25 J. I Par. 9. 11.	38,5	125	1	50	59	5	Zange	m.	„
127. Nr. 4640 T. 25 J. I Par. 9. 11.	38,0	100	4		31	45	Beckenausgangszange	m.	„
128. Nr. 4684 B 39 J. VII Par. 9. 11.	39,2	140	45		15	25	Ballon, Wendung, Extraktion	w.	tot
129. Nr. 4727 T. 30 J. IV Par. 9. 11.	38,3	95	v. 14 Tagen		5		spontan	m.	„
130. Nr. (?) W. 21 J. II Par. 9. 11.	38,5	90	5	45	6	10	„	m.	lebt
131. Nr. 4798 P. 32 J. III Par. 9. 11.	38,5	100	3	20	5	50	„	w.	„
132. Nr. 5011 W. 26 J. I Par. 9. 11.	39,0	85	12		24	30	„	w.	„
133. Nr. 5052 A. 23 J. I Par. 9. 11.	38,3	90	30		13	30	„	m.	„
134. Nr. 5059 Sch. 35 J. VI. Par. 10. 11.	39,0	120	17	35	17	40	Wendg. auf d. Fuß.	m.	tot 7.–8. Mon.
135. Nr. 5098 P. 38 J. II Par. 10. 11.	39,5	125	26	10	84	25	Perforation	m.	tot
136. Nr. 5152 S. 24 J. II Par. 10. 11.	38,2	96	24		4	30	spontan	m.	lebt
137. Nr. 5271 B. 27 J. II Par. 10. 11.	39,3	125	30		4	20	Braxton Hicks	m.	tot
138. Nr. (?) H. 16 J. I Par. 10. 11.	38,3	90			3	10	spontan	m.	lebt

Becken	Wochenbett	Kindeslage	Bemerkungen
normal	1.—3. Tag Temp. 39	II hint. H. L.	Fieb. b. steh. Blase
„	fieberfrei	II Querlage	
„	1.—10. Tag fieberhaft. Temper.	I H. L.	
enges Becken	1.—4. Tag. hoh. Temp. verlegt	II Steisslage	Erfolglose Extr. Versuche vor Einl.
normal	2. Tag Temg. 39	„	
„	fieberfrei	I H. L.	
enges Becken	b. z. 18. Tage fieb. Temperaturen	I Vorderhauptl.	
normal	1.—3. Tag Temp. zw. 38 u. 39.	II hint. H. L.	
„	fieberfrei	II H. L.	Wehenschwäche, Frw. meconiumhalt.
„	„	Schädellage	Wehenschw. Außerord. groß. Kind, Frw. riechend
„	am 10. Tage Temp. 39,0.	Fußlage	Nabelschn. Vorfall
„	1.—4. Tag hoh. Temp. verlegt	I H. L.	
	fieberfrei	I hint. H. L.	
„	„	I H. L.	
„	„	II H. L.	
„	1.—3. Tag über 38,0	I dorsoant. Querl.	Placenta praevia
„	6.—10. Tag Temp. über 38,0	I H. L.	
„	3. Tag Temp. über 38,0	I H. L.	
„	fieberfrei		„ „
„	„	I Steißlage	

Name, Alter, Journalnummer	Temperatur während der Geburt Cels.	Puls	Blasensprung vor der Geburt Std.	Min.	Geburtsdauer Std.	Min.	Entbindung	Kind	
139. Nr. 5317 R. 32 J. II Par. 10. 11.	38,3	115	30	45	6	15	spontan	m.	lebt
140. Nr. 5357 W. 22 J. I Par. 10. 11.	38,2	100	26		30	45	„	w.	„
141. Nr. 5453 S. 21 J. I Par. 10. 11.	38,2	80	14	45	11	45	„	m.	„
142. Nr. 5455 K. 23 J. IV Par. 10. 11.	38,8	120	49	30	61	35	„	m.	„
143. Nr. 5538 P. 20 J. II Par. 10. 11.	38,3	123		45	10	55	Spreng. d. Blase, spont.	w.	„
144. ? K. 26 J. I Par. 10. 11.	39,0	120	2	30	36	35	spontan	m.	„
145. Nr. 5871 S. 25 J. III Par. 10. 11.	38,3	95	21	10	7	10	„	m.	„
146. Nr. 5948 A. 19 J. I Par. 11. 11.	38,2	85			22	35	„	w.	„
147. Nr. 6185 C. 20 J. I Par. 11. 11.	38,2	100	2	45	3	15	Zange	m.	„
148. Nr. 6239 K. 21 J. I Par. 11. 11.	38,7	110	8	30	16	30	Forceps	m.	„
149. Nr. ? M. 20 J. I Par. 11. 11.	38,5						Vaginaler Kaiserschn.	1 m. u. 2 m. tot	maceriert
150. Nr. 6588 V. 25 J. I Par. 11. 11.	39	95		5	27	10	spontan	m.	lebt
151. Nr. 6596 R. 23 J. I Par. 11. 11.	38,5	98	1	10	8	30	„	m.	„
152. Nr. ? F. 19 J. I Par. 11. 11.	38,7	110	36	25	14	40	„	m. tot, 8 Mon.	
153. Nr. 6668 D. 32 J. I Par. 11. 11.	38	120					Verg. Zangenversuch Perf.	m.	tot
154. Nr. 6682 E. 43 J. VIII Par. 11. 11.	39,2	130	25	50	26	10	spontan	m.	lebt
155. Nr. 6736 L. 21 J. I Par. 12. 11.	38,8	130	15	15	25	45	„	w.	„
156. Nr. 6853 K. 22 J. II Par. 12. 11.	38,8	160	7	35	13	30	„	w.	tot
157. Nr. ? Sch. 24 J. I Par. 12. 11.	38,1	95	3	40	28	00	„	m.	lebt
158. Nr. 7073 S. 22 J. I Par. 12. 11.	39,5	135	104	45	105	00	Zange, Episiotomie	m.	„
159. Nr. 7191 R. 30 J. I Par. 12. 11.	39,5		74	50	111	50	Extraktion am Steiß	m.	tot

Becken	Wochenbett	Kindeslage	Bemerkungen
normal	fieberfrei	II H. L.	
„	„	I H. L.	
„	„	II H. L.	
„	„	I H. L.	
„	„	I hint. H. L.	Fieb. bei steh. Blase
„	1.-6. Tag Temp. zwischen 38 u. 39	I Steißlage	
„	fieberfrei	I H. L.	
„	„	II H. L.	
„	„	I hint. H. L.	Vorzeitige Lösung der Placenta
„	1.-7. Tag Temp. über 38	I H. L., tiefer Querstand	Foetider Ausfluß
„	Exitus letalis	Fußlage	Eklampsie 27 Anfälle, Zwillinge †
„	fieberfrei	I H. L.	Fieb. b. steh. Blase
„	5.-7. Tag Temp. 38	I H. L.	Schmier. übelriech. Ausfluß
„	3. Tag 38°, 4. Tag 39,5° verlegt	I Steißlage	Uebelr. Ausfluß
„	fieberfrei	I H. L.	Eklampsie, 15 Anf.
„	„	I H. L.	Wehenschwäche
„	„	I H. L.	
„	„	I H. L.	
„	4. Tag Temp. 38,3	I H. L.	
Allgem. verengt	3.-9. Tag Temp. 38	I H. L.	Labien ödematos
	Puerperalgesch.	Tief. Querstand	Wehenschwäche
normal	1. Tag Temp. 38	II Steißlage	Fruchtwasser übelriechend

Name, Alter, Journalnummer	Temperatur während der Geburt		Blasensprung vor der Geburt		Geburtsdauer		Entbindung	Kind
	Cels.	Puls	Std.	Min.	Std.	Min.		
160. Nr. 7143 K. 18 J. I Par. 12. 11.	38,3	100	?		12	15	spontan	m. lebt
161. Nr. 7297 M. 22 J. I Par. 12. 11.	38,9	105	21		1	40	„	m. lebt, 7 Monat †
162. Nr. 7296 B. 21 J. I Par. 12. 11.	38,2	98		50	17	25	„	w. lebt
163. Nr. 7320 G. 19 J. I Par. 12. 11.	38,4	105	31	40	6	25	„	m. tot
164. Nr. 7343 S. 17 J. I Par. 12. 11.	38,8	98	2	45	4		„	m. lebt
165. Nr. 7345 S. 26 J. I Par. 12. 11.	39,3	115	70	10	95		Decapitation	m. tot
166. Nr. 7356 K. 29 J. I Par. 12. 11.	38,3	100		15	9	25	spontan	w. lebt
167. Nr. 7408 S. 34 J. VII Par. 12. 11.	38,7	120	11	10	120		Perforation	m. tot
168. Nr. ? S. 30 J. III Par. 12. 11.	38,4	95	53	35	4		spontan	m. lebt
169. Nr. 7549 G. 23 J. I Par. 1. 12.	38,2	105	7	10	7	30	Beckenausg. Zange	w. „
170. Nr. 7779 B. 23 J. I Par. 1. 12.	38,1	130	1		10	55	spontan	m. „
171. Nr. 7778 K. 29 J. I Par. 1. 12.	38,9	130	4	30	5	45	„	w. „
172. Nr. 7950 D. 21 J. I Par. 1. 12.	38,9	120	3	30	12	30	„	m. „
173. Nr. 7952 B. 26 J. I Par. 1. 12.	38,8	130	57		57		Perforation	m. tot
174. Nr. 7986 R. 24 J. I Par. 1. 12.	38	90	33	30	5	10	spontan	w. lebt
175. Nr. 8062 T. 27 J. I Par. 1. 12.	39,3	100	52	20	62		Zange, Cervix- und Scheidenriß	w. tot
176. Nr. 8106 P. 24 J. II Par. 1. 12.	39	130	2	50	5	40	spontan	m. lebt
177. Nr. 8414 P. 20 J. I Par. 1. 12.	38,2	105	2	55	13	65	„	m. „
178. Nr. 8586 R. 24 J. IV Par. 2. 12.	39,5	118		50	23	45	„	w. tot 7 Mon. alt
179. Nr. 8631 F. 25 J. III Par. 2. 12.	38,3	100		45	20	30	„	m. tot

Becken	Wochenbett	Kindeslage	Bemerkungen
Allgem. verengt platt. Becken	fieberfrei	II H. L.	
normal	„	I H. L.	
„	„	I H. L.	
„	„	II H. L.	
„	„	I H. L.	
„	„	I H. L.	Fruchtw. übelriech. Alkoholspül. d. Uter.
„	Temp. 3. Tag 38,5, 4. 5. 6. Tag 38	H. L.	Lochien stinkend Fieb. b. steh. Blase
Rachit. platt.	bis zum 11. Tage hohe Temperatur	I H. L.	Wehenschwäche, übelriech. Ausfluß
normal	fieberfrei	I H. L.	
„	Temp. am 3. u. 4. Tage 38,3	I H. L. tief. Querstand	
„	fieberfrei	I dopp. Fußlage	
„	1. Tag Temp. 38,3	II H. L.	Nephritis
Rachit. platt. Becken	fieberfrei	I H. L.	
Allgem. verengt	7. u. 8. Tag Temp. 39	I H. L.	übelriech. Ausfluß Oedem d. Labien
normal	3. Tag Temp. 38,2, 4. u. 5. Tag 38,5	II H. L.	
enges Becken	10.—15. Tag Temp. zwischen 38 und 39	I H. L.	Wehenschw., sehr groß. Kopfgeschw. d. Kind., übelr. Ausfl.
normal	Bis z. 2. Tag Fieber	I H. L.	Bronchopneumonie
„	fieberfrei	II H. L. tief. Querstand	
„	1.—3. Tag Temp. zwischen 38 und 39	Steißlage	Fieber bei steh. Blase
„	fieberfrei	II H. L.	

Name, Alter, Journalnummer	Temperatur während der Geburt		Blasensprung vor der Geburt		Geburtsdauer		Entbindung	Kind
	Cels.	Puls	Std.	Min.	Std.	Min.		
180. Nr. 8619 H. 22 J. I Par. 2. 12.	38,3	101	15		1		Spreng. d. Bl. spontan	m. lebt
181. Nr. 8734 F. 34 J. IV Par. 2. 12.	38,3	98		4	4	59	„	m. „
182. Nr. 8736 K. 23 J. I Par. 2. 12.	38,2	95	17	20	10	45	„	w. „
183. Nr. 8716 H. 31 J. I Par. 2. 12.	38,9	115	20	25	25	10	„	m. lebt
184. Nr. 8765 W. 39 J. I Par. 2. 12.	38,5	90					Vaginaler Kaiserschnitt	m. „
185. Nr. 8867 B. 36 J. XI Par. 2. 12.	38,2	90		?	8	30	spontan	m. l. 7/8 Mon.
186. Nr. 8885 L. 28 J. I Par. 2. 12.	38,7	90	126	35	74	5	Perforation	w. tot
187. Nr. 8968 B. 33 J. I Par. 2. 12.	38,7	90	11	55	40	35	Beckenausgangszange	m. lebt
188. Nr. 8972 P. 22 J. I Par. 2. 12.	38,5	105	157		4		spontan condupl.corp.	m. tot 7 Mon.
189. Nr. 9092 L. 35 J. I Par. 2. 12.	38,5	100	8	20	20	50	spontan	m. lebt
190. Nr. 9101 M. 44 J. IV Par. 2. 12.	38,5	100	11	45	12		„	m. tot 7 Mon.
191. Nr. ? W. 38 J. IV Par. 2. 12.	38,5	90	10	50	23	50	Perforation	m. tot
192. Nr. ? S. 35 J. I Par. 2. 12.	39,5	100	59		60		Zange, Episiotom	m. lebt
193. Nr. 9300 M. 21 J. I Par. 2. 12.	38,3	100	2		10		spontan, Episiotom	w. „
194. Nr. 9421 D. 31 J. III. Par. 3. 12.	38,3	100	64		30	30	spontan	m. tot
195. Nr. 9400 S. 22 J. I Par. 3. 12.	38,2	95	21		27		„	m. „
196. Nr. 9767 K. 28 J. I Par. 3. 12.	38,3	90	5	45	5	50	Sectio caesarea	m. lebt

Becken	Wochenbett	Kindeslage	Bemerkungen
normal	fieberfrei	I H L.	Fieber bei stehend. Blase
„	2.—7. Tag Temp. über 38	I H. L.	Bronchitis
„	1.—3. Tag Temp. über 38	I H. L.	
„	1.—5. Tag Temp. über 38	I H. L.	Fruchtw. meconium-haltig zersetzt
„	1.—18. Tag fieberhafte Temperaturen	II H. L.	Eklampsie, 9 Anf.
„	fieberfrei	H. L.	
mäß. verengt	„	I H. L.	Hängebauch
normal	vom 2.—7. Tag Temp. zw. 39 u. 39,5	I H. L. tief. Querstand	Uebelriech. Ausfluß
„	fieberfrei	Querlage, Nab-schnur-Vorfall	
„	Am 3. Tage Temp. 39	I H. L.	
„	fieberfrei	I Steißlage	
Platt. Becken	„	I H. L.	Drauß. 2 vergebl. Zangenvers., zwei Wendungsversuche
normal	1.—4. Tag Temp. über 38	II H. L. tief. Querstand	
„	fieberfrei	I H. L.	
„	„	Querlage	Nabelschn. Vorfall
normal	1. u. 2. Tag Temp. über 38	I Steißlage	
Rachit. platt. Becken	fieberfrei	II H. L.	Eklampsie 1. Anfall währ. d. Operation

Name, Alter, Journalnummer	Temperatur während der Geburt		Blasensprung vor der Geburt		Geburtsdauer		Entbindung	Kind	
	Cels.	Puls	Std.	Min.	Std.	Min.			
197. Nr. ? W. 30 J. I Par. 3. 12.	38	80	2	35	13	10	spontan	m.	lebt
198. Nr. 9711 H. 29 J. IV Par. 3. 12.	38,9	85	27	15	7	Tg	„	m.	„
199. Nr. 8971 S. 22 J. I Par. 3. 12.	38,3	80	43	30	44		„	m.	„
200. Nr. 10140 M. 30 J. IV Par. 3. 12.	40,5	130	42	10	43	20	„	m.	„
201. Nr. 10190 D. 17 J. I Par. 3. 12.	38,5	100		30	12	10	„	m.	„
202. Nr. 10628 P. 20 J. I Par. 3. 12.	38,5	110	20	40	32	20	Beckenausgangszange	w.	„

Becken	Wochenbett	Kindeslage	Bemerkungen
normal	fieberfrei	II H. L. Tiefer Querstand	Wehenschwäche
„	„	I H. L.	„
Rachit. platt.	„	II H. L.	
normal	Temp. 3. Tag 39,1 6. Tag 38	II Steißlage	Lochien stinkend
„	4. u. 5. Tag Temp. 39,5	I H. L.	Uebelriech. Ausfl.
„	1.—6. Tag Temp. zw. 38 u. 38,5	I H. L. tief. Querstand	Lochien schmierig, stinkend